

# Zwei casuistische Beiträge zur Menstruationslehre.

Von

**Dr. Wilhelm Loewenthal,**

Privatdocent in Genf.

---

In meiner „Neuen Deutung des Menstruationsprocesses“ (dieses Archiv, Bd. XXIV, H. 2) habe ich auf die wichtigen Aufschlüsse hingewiesen, welche eine genauere Beobachtung der Zeiträume vor dem Wiedereintritte, beziehungsweise dem ersten Eintreten der Menstrualblutung, uns zu liefern vermag. Ich bin heute in der Lage, zwei hierher gehörige Fälle beibringen zu können.

I. Mehrmonatliche Amenorrhö nach schwerer Genitalerkrankung (Extrauterinschwangerschaft?). Viermaliges Auftreten von Ovulationssymptomen vor Wiedereintritt der Menstrualblutung.

Frau P., Portiersfrau, 40 Jahre alt. Zu 17 Jahren menstruiert, Menstruation in der ersten Zeit mehrere Monate fortgeblieben, seitdem regelmässig alle drei Wochen wiedergekehrt; nicht besonders schmerzhaft, aber stets von unangenehmen Empfindungen (Kollern) im Leibe, mässigen Kreuzschmerzen und Migräne begleitet; mässig stark, 3—4 Tage anhaltend. Seit neun Jahren verheirathet, ein Jahr später ein gesundes, jetzt noch lebendes Mädchen geboren, seitdem keine Geburt, auch kein Abort mehr stattgefunden. Im September 1883 zum zweiten Male schwanger geworden; die bis dahin ganz regelmässigen Menses blieben aus, Uebelkeiten und Erbrechen traten auf, genau wie während der ersten Schwangerschaft. Zwei Monate später, im November 1883, erlitt Pat. einen heftigen Schreck; sie erfuhr nämlich ganz unvorbereitet den Untergang des Localdampfers auf dem Genfer See, jene Katastrophe, welche damals die ganze Stadt in die furchtbarste Aufregung versetzte, und welche auch zweien ihrer nächsten Bekannten, die sie auf dem Schiffe wusste, das Leben kostete. Sie erkrankte sofort mit entsetzlichen Schmerzen im Unterleibe; die hinzugezogene Hebamme diagnosticirte einen beginnenden Abort; am andern Tage wurde ein fingerförmiges Stück Schleim ausgestossen, sonst aber nichts, weder Blut noch irgend etwas, das als

ein Ei hätte gedeutet werden können. Trotzdem wurde ein stattgehabter Abort angenommen. Die Schmerzen hielten an, steigerten sich sogar immer mehr, der ganze Leib wurde sehr empfindlich. Ein jetzt herbeigerufener Arzt, der Pat. seitdem behandelte, sie aber niemals explorirt haben soll, hat angeblich einen „Abscess“ diagnosticirt. Pat. wurde immer kränker, der Appetit schwand, alles Genossene, Speisen sowohl als Medicamente, wurde erbrochen; vor einem Monate sollen Schüttelfröste aufgetreten sein, zugleich mit einem stinkenden Ausflusse, wie er auch jetzt noch besteht.

Als ich am 23. Februar 1884 die Behandlung übernahm, war Pat. (die früher recht stark war und es auch jetzt wieder ist) zum Skelett abgemagert. Unerträglicher Foetor ex ore. Zunge rein. Temperatur (am Morgen) 38,9, Puls 142, verschwindend klein. Kein Durst. An Lungen, Herz, Leber und Milz nichts Abnormes zu constataren. Harn in normaler Menge, frei von Eiweiss und Zucker. Stuhl gering, stets (auch zu Beginn der Erkrankung) in Ordnung gewesen, keine Schmerzen bei der Defäcation. Abdomen nicht gespannt, etwas empfindlich; im rechten Hypochondrium, unmittelbar an der Innenwand der Darmbeinschaukel, ein über taubeneigrosser, glatter, harter, nicht besonders empfindlicher Tumor zu fühlen, welcher sich median- und abwärts (nach dem Uterus zu) in einen weniger harten Strang fortsetzt. Bei der inneren Untersuchung ergibt sich das Os externum etwas geöffnet, die Achse der Vaginalportion parallel der Vaginalachse, sonst normal, nicht empfindlich; dagegen ist das hintere Scheidengewölbe, sowie die beiden seitlichen, prall vorgewölbt — so zwar dass die Cervix wie eingemauert und vollkommen unbeweglich in dem halbkreisförmigen Wulste erscheint — und ausserordentlich schmerzhaft; auch die leiseste Berührung beider Seiten und des hinteren Gewölbes erpresst der Kranken einen Schrei. Zwischen der Vaginalportion und dem retrouterinen Tumor ist eine deutliche Lücke, Cervix und Tumor gehen nicht in einander über; das vordere Scheidengewölbe verhält sich vollkommen normal, ist nicht ausgeglichen, auch nicht schmerzhaft. Bei der bimanuellen Untersuchung trifft die oberhalb der Symphyse eingehende Hand den im vorderen Scheidengewölbe befindlichen Finger; der Fundus uteri ist nicht zu fühlen, die Seiten können wegen der grossen Schmerzhaftigkeit nicht genauer abgetastet werden. Per Rectum ist derselbe Tumor zu fühlen, seine obere Grenze ist nicht zu erreichen. — Stark riechender, wässriger Ausfluss ohne Eiter und Blut.

Was hatte die augenblicklich vorliegende Para- und Perimetritis veranlasst? Hatte vor drei Monaten ein Abort stattgefunden? War überhaupt Schwangerschaft vorhanden gewesen? Das letztere war im hohen Grade wahrscheinlich, da keine Spur einer Erkrankung oder irgend eines sonstigen Grundes für das plötzliche Ausbleiben der Menses nach stets regelmässigem Bestande derselben und für das Auftreten der Schwangerschafts-Dyspepsie aufgefunden werden konnte; dagegen musste es mehr als zweifelhaft erscheinen, dass ein Abort stattgefunden hatte, denn die Kranke sowohl als deren Umgebung (darunter eine gebildete Dame, welche im selben Hause wohnt und

die Kranke pflegte) versicherten wiederholt und auf das Bestimmteste, dass während der ganzen Dauer der Krankheit kein Tropfen Blut aus der Scheide gekommen sei. Eine Retroflexio uteri gravidi mit in Zersetzung begriffenem Eie, an die man etwa hätte denken können, war schon durch den Vaginalbefund ausgeschlossen; gegen eine in Eiterung übergegangene Hämatocele (ohne vorherige Schwangerschaft) sprach das erhaltene vordere Scheidengewölbe und der ganze Verlauf des Falles deutlich genug. Zieht man nun ferner in Betracht, dass die Frau zur Zeit der zweiten Conception fast 40 Jahre alt war, dass zwischen dieser und der ersten Conception ein Zeitraum von neun Jahren lag, und dass unter den Erscheinungen des Aborts ein fingerförmiges Stück Schleim aus den Genitalien ausgestossen wurde, so erscheint dem Gesamtbilde am meisten entsprechend die Annahme, dass es sich hier um einen Fall von Extrauterinschwangerschaft gehandelt habe, die nach Ablauf des zweiten Monates mit der Berstung des Fruchtsackes endete und natürlich die Peri-Parametritis herbeiführte; (Pat. war bei Erhalt der Nachricht von dem Untergange des Schiffes die von ihrer Wohnung nach der Strasse führende Kellertreppe hinaufgestürzt, um sich nach dem Hafen zu begeben, brach aber unter den plötzlich auftretenden Schmerzen zusammen); der weitere Verlauf bestätigte diese Annahme.

Die demgemäss eingeleitete Behandlung: absolute Bettruhe (Pat. war vorher gezwungen worden, täglich einige Stunden auf den Beinen zu bleiben, „damit die Schwäche nicht überhand nehme“), heisse Scheidenirrigationen mit  $2\frac{1}{2}$ proc. Carbol, Glycerin- und Glycerin-Jodoformtampons brachten sofortige Besserung. Am dritten Abend schon war die Temperatur auf 37,8, der vollere Puls auf 130 gesunken. Die Hervorwölbung und Empfindlichkeit der Scheidengewölbe verringerte sich stetig. Der durch den früheren stinkenden Ausfluss erzeugte Ekel verlor sich, der Appetit kehrte wieder, so dass geeignete kräftige Nahrung zugeführt werden konnte.

Am 8. März fieberfrei. Linkes Scheidengewölbe wieder normal, das rechte noch empfindlich. Tumor am Darmbeine kleiner geworden. (Jod-Jodkali-Salbe.) Appetit, Schlaf und subjectives Befinden (bis auf Schwäche) vorzüglich.

Donnerstag, 13. März: Migräne, Leib- und Kreuzschmerzen, Kollern im Leibe, nervöse Aufregung, „absolument comme si j'allais être indisposée“, wie Pat. sich ausdrückt; sie macht diese Angaben unaufgefordert, sowie ich — wie jeden Tag — an ihr Bett trete und nach ihrem Befinden frage. Der Puls ist voll und beschleunigt, die Temperatur nur relativ etwas erhöht (37,5 gegen sonst 37,2), Stuhl in Ordnung, Zunge rein, Appetit vorzüglich. Die Schwellung im rechten und hinteren Scheidengewölbe ist nicht nur nicht grösser, sondern eher etwas geringer geworden; Empfindlichkeit bei Druck nur noch gering. Die „Unwohlseinsempfindung“ hielt bis Sonntag 16. März an, an welchem Tage noch schwache Migräne bestand; Befund am Sonntag: rechtes Scheidengewölbe ganz frei, Puls gut, Appetit und Befinden vorzüglich; Pat. ist ohne Hülfe über das Zimmer gegangen.

Am 25. März auch das hintere Scheidengewölbe ganz frei. Leib unempfindlich, bis auf den Tumor am Darmbeine, der jetzt von aussen weniger deutlich, bei bimanueller Untersuchung durch das rechte Scheidengewölbe sehr deutlich abzugrenzen ist. Uterus nach rechts und hinten verzogen (zum Tumor hin), Os externum für Fingerspitze zugänglich, Höhle 7 cm lang, ganz frei, auf Sondirung nicht empfindlich.

Am 29. März wieder etwas Migräne, aber, wie Pat. von selbst hinzuffügt, ohne die Unwohlseinsempfindung.

Dagegen tritt diese letztere wieder am 13. April Nachmittags auf, genau so wie das vorige Mal, und hält drei Tage an. Sonstiges Befinden gut, Appetit und Schlaf gut, Kräfte dagegen nur wenig zurückgekehrt. Fieberfrei.

Da die Convalescenz sich in die Länge zog, was in der Kellerwohnung und bei den ärmlichen Verhältnissen der Patientin nicht Wunder nehmen konnte, liess sich Pat. auf meinen Rath am 14. April in die Universitäts-Frauenklinik aufnehmen, wo sie bis 20. Mai blieb.<sup>1)</sup> Befund und Behandlung blieben die gleichen, das Befinden besserte sich rascher; auch dort traten und zwar

am 13. Mai, die „Unwohlseinsbeschwerden“ wieder auf und dauerten bis zum 15. an; die Temperatur, welche bis dahin 36,6—37,0 am Morgen und 37,1—37,5 am Abend betragen hatte, stieg am 12. Abend auf 37,9, und betrug am 13. Morgens 37,5, 13. Abends 37,8, 14. Morgens 37,6, 14. Abends 38,0, 15. Morgens 37,5, von da ab wieder normal. Das sonstige Befinden litt nicht darunter, und auch objectiv war keine Zunahme der Grösse oder Empfindlichkeit des allein noch rechtsseitig bestehenden Tumor nachzuweisen.

Am 20. Mai verliess Pat. die Klinik und nahm ihre häuslichen Geschäfte wieder auf, ging auch häufig aus und betrachtete sich als ziemlich hergestellt. Der rechtsseitige Tumor war auf die Grösse einer Wallnuss zurückgegangen. Dasselbe fand ich bei einer späteren Untersuchung am 4. Juni; P. klagte jetzt nur noch über Schmerzen bei der trotz meines Abrathens wieder aufgenommenen Cohabitation.

Am 11. Juni traten die Unwohlseinsbeschwerden zum vierten Male ein, ohne jeden Fluor, bei gleichbleibendem Befinden, und hielten vier Tage an.

Endlich, am 10. Juli Vormittags, tritt ohne jede Prodromalerscheinung der menstruelle Blutfluss auf und gleichzeitig mit ihm die (sehr mässigen) Beschwerden, wie sie bei den bisherigen vier unblutigen Menstruationen bestanden hatten. Die Periode hält vier Tage an, ziemlich reichlich. Nach Aufhören der Blutung starke Kopfschmerzen, etwas Schwindel; Pat. sieht viel anä-

---

1) Die auf den klinischen Aufenthalt der Patientin bezüglichen Daten verdanke ich der Freundlichkeit des Assistenten Herrn Dr. Fontanel.

mischer aus, auch ist der Appetit schlechter. (Ord.: die Blutung in Zukunft durch Bettlage und heisse Injectionen zu beschränken.)

Am 18. Juli ergiebt die Exploration, dass der Uterus bis auf die bei älteren Frauen gewöhnliche, kaum als pathologisch anzusprechende Retroversion, wieder normal steht und normal beweglich ist. Der hinter dem rechten Scheidengewölbe zu fühlende, noch etwas empfindliche Tumor macht genau den Eindruck des dort fixirten Eierstockes.

Die nächste Menstrualblutung ist im August eingetreten, und zwar rechtzeitig, wie Pat. versichert, etwa gegen den 11. (Ich war während der grossen Ferien abwesend, und Pat. hatte trotz meiner dringenden Aufforderung das Datum aufzuschreiben vergessen.) Die Blutung war infolge der eingehaltenen Vorschriften (Betrruhe und heisse Injectionen) eine nur sehr geringe gewesen, ebenso verringert waren die Schmerzen; die nervösen Erscheinungen waren dieselben wie früher.

Seitdem traten die Menstrualblutungen folgendermaassen ein: 11. September, 12. October, 11. November und 11. December 1884. Die Frau ist subjectiv vollständig hergestellt; die immer noch existirende Anschwellung hinter dem rechten Scheidengewölbe ist während des Menstrualflusses der Sitz mässiger spontaner und auf Druck sich steigender Schmerzen.

Wie aus dieser eingehenden Darstellung ersichtlich, traten die unblutigen Menstruationsbeschwerden, welche ich als Ovulationserscheinungen betrachte, in genau denselben, wenn auch unter sich etwas verschiedenen Intervallen auf, wie die späteren blutigen Menstruationen, deren erste wiederum in genau demselben Zeitabschnitte auf die letzte unblutige Menstruation folgte (13. März, 13. April, 13. Mai, 11. Juni, 10. Juli [erste blutige Menstruation], 11. (?) August, 11. September, 12. October, 11. November, 11. December). Freilich kann dies Zusammentreffen ein rein zufälliges sein; aber es wäre dies jedesfalls ein sehr sonderbarer Zufall. Und wenn sich derartige Erscheinungen erst vermehren — was ich bei genauerer Beobachtung für sehr wahrscheinlich halte —, dann wird man kaum noch an den Zufall glauben können. Was mich bei dem Auftreten der Ovulationsbeschwerden ohne Blutabgang sehr stutzig machte, war der Umstand, dass zwischen ihnen ein Zeitraum von 29 bis 31 Tagen lag, während die Patientin behauptete, vor ihrer Erkrankung stets in dreiwöchentlichen Intervallen menstruirt gewesen zu sein; mit grösster Spannung erwartete ich deshalb den Wiedereintritt der blutigen Menstruation; und als diese in ihrer wiederholten Aufeinanderfolge denselben monatlichen Typus immer schärfer ausprägte, forschte ich nochmals eingehend nach den früheren Verhältnissen.

Da stellte sich denn heraus, dass die Patientin (wie die meisten Frauen der niederen Stände, welche auch während der Menstruation fortarbeiten und sich wenig um Daten kümmern) selbst nicht mehr recht genau wusste, wie es früher damit gewesen sei. Zuerst meinte sie, „sie sei jetzt wieder so regelmässig menstruirt wie früher“; und als ich sie darauf aufmerksam machte, dass ja jetzt ein Zeitraum von 29 bis 31 Tagen zwischen den Perioden liege, während es früher nur 21 Tage gewesen sein sollen, so sagte sie, dass es ihr auch scheine, als ob jetzt der Zwischenraum grösser sei; aber für so gross hätte sie den Unterschied nicht gehalten. Ich muss es also dahingestellt sein lassen, ob die Angaben der Frau über ihren Menstruationstypus vor der Erkrankung ungenau sind, oder ob durch die Umwälzung infolge der Erkrankung ein anderer Typus der Menstruation (beziehungsweise nach meiner Anschauung eine längere, dem Normalen entsprechendere Lebensdauer des unbefruchteten Eies) Platz gegriffen hat; die für uns allein wichtige Thatsache, dass nämlich der objectiv festgestellte Menstruationstypus dem der vorher beobachteten unblutigen Monatsbeschwerden genau entspricht, wird ja dadurch nicht berührt.

## II. Beschwerden vor dem ersten Auftreten des menstrualen Blutflusses.

M. P., 13½ Jahre alt, wird mir am 25. Juli 1884 zugeführt. Das nicht grosse, aber sehr entwickelte Mädchen (Brüste und Beckenumfang mindestens wie bei einer 16 jährigen) stammt aus sehr gebildeter und nervös sehr belasteter Familie; der Vater, Gelehrter, ist hochgradig „nervös“, leidet oft an Migräne; Mutter reizbar, spricht oft aus dem Schläfe, besonders während der Schwangerschaft, Schwester der Mutter desgleichen; Bruder der Mutter leidet seit Jahren an unheilbarem Verfolgungswahn und befindet sich in der Irrenanstalt; einziger Bruder des Mädchens, 17 Jahre alt, hat als Kind an Krämpfen, später an Somnambulismus gelitten und ist geistig etwas zurückgeblieben. Patientin selbst ist bis auf einige Krampfanfälle stets gesund gewesen. Vor mehreren Tagen zeigte sich zuerst eine grosse Abgeschlagenheit, Unlust zum Lernen und Spielen, Appetitlosigkeit; dazu gesellten sich immer stärker werdende Schmerzen im rechten Unterleibe, endlich Weinkrämpfe, klonische Krämpfe in Armen und Beinen, deutlicher Globus hystericus, Kreuzschmerzen.

Eine einzige, fünf Minuten lang dauernde Durchleitung eines mässig starken (24 kleine Elemente) aufsteigenden galvanischen Stromes durch den Rücken (Anode Lendenanschwellung, Kathode Nacken) macht sofort die Krampfanfälle und Schmerzen verschwinden, bis auf ein Gefühl von Völle und Druck im rechten Hypochondrium.

Die Besserung hält an, die nervösen Erscheinungen kehren nicht wieder, das Kind befindet sich vollkommen wohl, und am 24. Au-

gust tritt ohne jede vorherige Beschwerde der erste menstruelle Blutfluss ein, welcher zwei Tage mässig stark anhält. Auch während des Blutflusses keinerlei nervöse Beschwerden oder Leibschmerzen, ebensowenig nachher.

Die nächst erwartete Menstruation (September) bleibt aus; ebenso die zweinächste im October. Dagegen stellen sich gegen Mitte October (das genaue Datum hat die Mutter der Patientin nicht aufgeschrieben) Schmerzen im Unterleibe und „Magenkrämpfe“ ein, der Magen ist einen Tag lang geschwollen; doch sind die Beschwerden mässig und vergehen bald wieder. Darauf tritt am 11. November die Periode wieder ein und hält fünf Tage an, begleitet von schwacher Migräne und mässigen Unterleibsbeschwerden; dasselbe wiederholt sich am 8. December, also am 27. Tage nachher, endlich zuletzt am 4. Januar 1885, wieder 27 Tage später. Stärkere nervöse Beschwerden sind seit dem Anfall im Juli nicht mehr wiedergekehrt.

Bei der Mutter des Mädchens trat die Periode erst nach vollendetem 16. Jahre, nach einem schweren, ein Jahr vorher überstandenen Typhus auf; bei der Schwester der Mutter dagegen ebenfalls nach vollendetem 13. Jahre.

Einer längeren Epikrise auch dieses Falles kann ich mich füglich enthalten; die Thatsachen sprechen gar zu deutlich für sich selbst; das Eintreten der ersten Menstrualblutung etwa vier Wochen nach dem Auftreten der prämenstrualen Nervosität, das Aussetzen des Blutflusses nach dem Fehlen aller als Ovulations-symptome zu deutenden Erscheinungen während der ersten Menstruation, das Wiedereintreten endlich des (seitdem regelmässigen) Blutflusses aufs Neue etwa vier Wochen nach dem zweiten (schwächeren) Erscheinen der prämenstrualen Beschwerden, — all das zwingt förmlich zu dem Schlusse, den ich in meiner früheren Arbeit zog.

Hervorheben möchte ich das Eine noch, auf das ich ebenfalls bereits früher aufmerksam machte und das durch die vorstehenden zwei Fälle bestätigt wird: dass sich zu derartigen Beobachtungen der Zeit vor dem ersten Eintreten beziehungsweise der Wiederkehr der Menses am besten solche Personen eignen, deren Nervensystem auch auf geringere Reize mit einer deutlichen Reaction antwortet. Hier werden sich am ehesten die von dem menstrualen Blutflusse getrennten Ovulationsercheinungen nachweisen lassen, die sonst leicht, auch für die betreffenden Personen, unbeachtet vorübergehen und zur Cognition des Arztes gewiss nicht gelangen.

---